

# 送信票 ①

宛先	第45回九州地区重症心身障害研究会 事務局 国立病院機構福岡病院／療育指導室長 中原佐代子 E-mail <a href="mailto:603-fukuoka2@mail.hosp.go.jp">603-fukuoka2@mail.hosp.go.jp</a> FAX 092-565-5690
----	--

## 第45回九州地区重症心身障害研究会／参加申込一覧

施設名	
連絡部署	TEL ( ) FAX ( )
連絡責任者	E-mail ( )

	氏 名	職 名	演題登録	弁当要否	連絡事項
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

※演題登録される方は○を、弁当要否については選択肢(○、×)を選んで下さい。

※銀行振込をした際は、別添の参加費振込報告書をメールかFAXにて送付ください。

※事前参加登録(参加費2,500円)は、令和5年12月22日(金)までとします。